22

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] MAURICE RAYNAUD

Agrégé libre de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,

A L'APPUI DE SA CANDIDATURE

A LA CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

VACANTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARIS

IMPRIMERIE FÉLIX MALTESTE ET C[ie]

22, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22.

1876

TITRES SCIENTIFIQUES

I. — *Grades et titres universitaires.*

Docteur en médecine.

Docteur ès-lettres.

Licencié ès-sciences naturelles.

Ancien élève démissionnaire de l'École normale supérieure (section des lettres); reçu le troisième.

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (nommé le premier de la promotion pour la section de médecine, au concours de 1865).

Deux présentations antérieures de la Faculté pour la chaire d'Histoire de la médecine et de la chirurgie.

II. — *Fonctions dans l'Administration de l'Assistance publique.*

Externe des hôpitaux, 1855.

Interne, 1857.

Médecin du Bureau central des hôpitaux, 1865.

Médecin de l'hôpital Lariboisière, depuis 1872.

III. — *Récompenses et distinctions honorifiques.*

Grand prix de l'École pratique (médaille d'or).

Prix des Internes de 2e division (médaille d'argent).

Prix des Internes de 1re division (médaille d'or, avec deux ans de prolongation dans les hôpitaux).

Prix des Thèses (médaille d'argent), décerné par le Ministre de l'Instruction publique.

Prix Duval de la Société de chirurgie.

Médaille d'argent du gouvernement pour services dans les hôpitaux de l'armée d'Italie (1859).

Médaille d'or du choléra (1865).

Membre de la Société anatomique et de la Société médicale des hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'honneur, sur la présentation de M. le Ministre de l'Instruction publique.

Officier, 1871.

IV. — *Services dans l'enseignement.*

Cours de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, en remplacement du professeur Piorry.

Cours de Pathologie interne en remplacement du professeur Monneret.

Cours complémentaire des maladies mentales et nerveuses (pendant deux années consécutives).

Cours complétaire sur les maladies des armées (1870).

PUBLICATIONS DIVERSES

---

1. — *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.*

(Thèse pour le doctorat en médecine, 1862.)

Cette thèse est divisée en trois parties.

La *première partie* est consacrée à une étude approfondie sur la physiologie pathologique de la gangrène en général. Après avoir montré l'insuffisance trop évidente de la doctrine qui consiste à ne voir dans la gangrène qu'une *mort partielle*, suivant l'expression classique, j'établis que la gangrène est un processus extrêmement complexe, dont j'essaye d'éclairer la nature. J'analyse ce processus au point de vue histologique et chimique. Entre autres résultats nouveaux, je ramène aux données de l'histologie normale le prétendu corpuscule gangréneux décrit en Allemagne, j'apporte l'appoint de mes recherches à l'histoire des pigments pathologiques; je fais voir, dans les tissus frappés de gangrène sèche, l'existence d'une matière colorante spéciale, d'un beau rose lorsqu'elle est vue par transparence sur une coupe mince, et qui, vue par réflexion, contribue à la coloration noire des eschares.

Par une série d'analyses portant sur des tissus gangrenés, je démontre, dans ces tissus, la présence d'une énorme quantité de

matière grasse de nouvelle formation. Comme résultat général de l'analyse élémentaire, on constate dans la gangrène *sèche* (principal objet de cette étude) une augmentation dans la proportion de carbone des tissus.

Je recherche les raisons de ce phénomène curieux, et je l'explique principalement par cette circonstance capitale, que tout ne meurt pas à la fois. D'une part, en raison de l'absence d'afflux d'un sang oxygéné, la combustion du carbone se fait incomplétement; d'autre part, les combustions interstitielles continuent un certain temps à se faire aux dépens de l'oxygène qui entre dans la constitution des tissus; l'eau ainsi formée est éliminée par évaporation; le résultat est une tendance de plus en plus prononcée à la mise à nu du carbone, fait jusqu'à un certain point comparable à la combustion en vase clos, ou à la formation de la houille et des lignites dans le sein de la terre.

Rappelons, en passant, que ce sont ces recherches qui ont suggéré à Laugier, ainsi qu'il l'a dit lui-même, l'idée du traitement de la gangrène par l'oxygène.

La *deuxième partie* contient vingt-cinq observations, dont plusieurs originales, relatives à la maladie qui fait l'objet essentiel du mémoire. Je montre que l'on peut, par une série de gradations insensibles, arriver du phénomène vulgaire *du doigt mort,* jusqu'à certains cas extrêmes de gangrène étendue à des portions entières de membres.

Dans la *troisième partie,* j'établis l'existence, et je fais l'histoire dogmatique d'une nouvelle variété de gangrène des extrémités, complétement méconnue jusque-là, et caractérisée par ce double fait : absence de lésions artérielles appréciables, et répartition exactement symétrique des lésions gangréneuses dans les deux moitiés du corps. Cette dernière circonstance donne à la maladie en question une physionomie tout à fait à part. Cette maladie peut ne pas dépasser le stade de l'*asphyxie locale des extrémités;* lorsqu'elle arrive jusqu'à la mortification, on a *la gangrène symétrique*, qui n'en est qu'un degré de plus.

Je cherche enfin à démontrer que ces désordres ne peuvent s'expliquer que par un trouble de l'innervation vaso-motrice, donnant lieu à une contracture passagère ou permanente des petites artères.

La discussion très-étendue à laquelle je me livre à cette occasion m'amène à exposer les résultats d'expériences faites par moi sur les animaux, relativement à l'intoxication par le seigle ergoté. — En posant la question des relations qui peuvent exister entre les altérations des nerfs et les lésions de nutrition de la peau, je rapporte un fait de plaie du nerf cubital, suivie de l'apparition de phlyctènes dans la région de l'avant-bras auxquelles ce nerf se distribue. Ce fait est un des premiers de ce genre qui aient été publiés en France. C'est une contribution à l'histoire, alors toute nouvelle, des nerfs trophiques.

La légitimité de la *nouvelle espèce nosologique* décrite dans ma thèse est aujourd'hui généralement acceptée. Il a été publié depuis, tant en France qu'à l'étranger, un grand nombre d'exemples de cette maladie.

2. — *Des hypérémies non phlegmasiques.*

(Thèse pour l'agrégation en médecine, 1863.)

La physiologie pathologique de la fluxion et de la congestion sanguine occupe, dans cette thèse, la place la plus considérable. Étant donnés, d'une part, le fait clinique de l'hypérémie active et passive, d'autre part, les résultats de l'expérimentation qui montrent, en regard des hypérémies névro-paralytiques liées aux sections du grand sympathique, d'autres hypérémies, produites par l'excitation artificielle de certains nerfs, je cherche dans quelle mesure il est permis d'établir une concordance entre ces deux ordres de faits. J'expose, aussi complétement que me le permet l'état de la science au moment où j'écris, la question encore obscure des nerfs vaso-moteurs, et, m'appuyant sur les données de la physiologie expéri-

mentale, j'en déduis les applications qu'il est permis d'en faire à la médecine, tout en observant la limite qui sépare l'hypérémie simple de l'inflammation.

Suit une histoire anatomo-pathologique et clinique de la congestion dans les divers organes et appareils, et un chapitre sur la thérapeutique des fluxions sanguines.

3. — *De la Révulsion.*

(Thèse pour l'agrégation en médecine, 1866.)

Cette thèse est divisée en cinq chapitres, dont voici le résumé sommaire.

Chapitre I. — Historique de la révulsion dans l'antiquité et les temps modernes.

Chap. II. — La révulsion envisagée comme fait clinique. Examen critique de la valeur de cette méthode thérapeutique dans les différentes classes de maladies aiguës et chroniques.

Chap. III. — Revue et classification des agents de la médication révulsive.

Chap. IV. — Mode d'action et physiologie pathologique de cette médication. — Critique des doctrines humorales, solidistes, vitalistes. — Étude successive des divers modes de révulsion. — Révulsion par douleur; sens scientifique du mot *sympathie;* douleurs associées, etc.— Révulsion par congestion et inflammation; théories vaso-motrices; anémies et hypérémies locales d'origine réflexe, etc. — Révulsion considérée dans ses effets déplétifs.

Chap. V. — Indications de la médication révulsive.

Chap. VI. — Contre-indications et dangers de cette médication.

En résumé, ayant, avant toute chose, à formuler un jugement sur un point de pratique aussi ancien que la médecine, et sur lequel, en

différentes circonstances, et notamment dans une discussion célèbre à l'Académie, des doutes avaient été émis, des dénégations s'étaient produites au nom de l'esprit scientifique moderne, je commence par me placer de plain-pied sur le terrain solide des faits cliniques, et j'accumule les preuves historiques et contemporaines qui permettent de présenter la révulsion comme un *fait* indéniable, sauf ensuite à la théorie d'en rendre compte.

J'essaye de montrer que cette théorie n'est pas impossible, qu'elle peut s'étayer sur les données les plus rigoureuses de la physiologie expérimentale, mais à la condition de faire soigneusement le départ des actes élémentaires qui entrent dans le phénomène complexe de la révulsion, et que je ramène aux suivants : la douleur, l'hypérémie, l'inflammation, la déplétion vasculaire. Je place au premier rang la révulsion par douleur, et je propose, à cette occasion, une théorie nouvelle des névralgies improprement appelées *réflexes*.

Ce travail est, d'un bout à l'autre, une application de la méthode physiologique à la thérapeutique rationnelle.

4. — *Les Médecins au temps de Molière* (*mœurs, institutions, doctrines*).

(1 vol. in-8°, Paris, 1862.)

Cet ouvrage, qui a eu deux éditions, et qui a été mis plus d'une fois à contribution par les écrivains qui se sont occupés depuis de la même époque, au point de vue scientifique et littéraire, est, par le fait, une exposition de l'état de la médecine au XVIIe siècle, tant sous le rapport de la profession que sous celui des doctrines médicales. En choisissant cette époque comme objet de mes études, je ne me suis pas borné au simple rapprochement énoncé par le titre de l'ouvrage. Tout en faisant la part de la critique et de la curiosité littéraire, qui

devaient trouver leur place dans une œuvre de ce genre, je me suis proposé surtout de faire une sorte d'enquête sur l'état des sciences médicales, dans la période qui correspond précisément au plus glorieux épanouissement de notre littérature nationale.

Or il se trouve que, grâce à la forte organisation de l'ancienne Faculté de médecine, grâce aux traditions qu'elle perpétuait dans son sein avec un soin jaloux, le XVIIe siècle est merveilleusement propre à faire voir en résumé, et comme en raccourci, ce qu'était devenue la médecine sous le régime de la scolastique et de l'autorité. C'est le moment où le galénisme, peu à peu modifié et transformé par des élaborations successives et par son contact prolongé avec la métaphysique de l'école, semble vouloir acquérir son organisation, sa formule définitive. Mais c'est aussi le moment où la découverte de la circulation du sang ouvre l'ère de la méthode expérimentale, et signale l'avénement de l'esprit moderne. De là, entre le dogmatisme antique et les aspirations nouvelles, entre la tradition personnifiée dans la Faculté de Paris, et l'expérience cherchant à s'affranchir des liens du passé, une rencontre inévitable et des luttes acharnées, qui méritaient de sortir de l'oubli où les historiens de la médecine ont trop souvent laissé cette époque si curieuse.

C'est qu'en effet, avec Harvey commence un monde nouveau, et, comme l'a dit avec juste raison Daremberg, « le XVIIe siècle est le nœud de l'histoire de la médecine. » Telle est la pensée dominante qui se trouve à chaque page des *Médecins au temps de Molière*, et qui donne peut-être à cet ouvrage une portée plus générale que ne semble l'indiquer le titre. Autour de cette donnée fondamentale, se groupent des épisodes secondaires destinés, non plus seulement à faciliter l'appréciation scientifique de cette époque mémorable, mais à la faire revivre avec sa physionomie propre. Citons, entre autres, l'histoire de la querelle entre les partisans de la saignée et ceux de l'antimoine, racontée au moyen de documents pour la plupart inédits. Cette polémique si caractéristique fait l'objet d'un long chapitre. Un autre est consacré à Théophraste Renaudot, ce novateur original,

qui eut la double bonne fortune d'être le créateur du journalisme, et aussi celui de l'enseignement clinique en France; un autre encore à Guy Patin, le représentant le plus considérable de l'ancien esprit, celui qui par sa vaste érudition, par son attachement inviolable à l'orthodoxie scientifique de l'époque, non moins que par ses préjugés et son humeur belliqueuse, personnifie le mieux les traditions, les doctrines, et aussi les passions qui animaient les Écoles de la rue de la Bûcherie.

Malheureusement, ainsi qu'il arrive à toutes les grandes époques de transition et de lutte, tous les torts ne se trouvent pas du côté de la réaction, et le parti du progrès n'est pas lui-même exempt de reproches. C'est à l'histoire de démêler le vrai du faux, et d'en faire un partage équitable entre les deux camps; une part importante est faite à cette analyse critique.

Les rapports de la philosophie et de la médecine font l'objet d'une étude particulière, dans laquelle figurent au premier plan, à cause de leurs travaux physiologiques, Gassendi et surtout Descartes, ce génie si observateur, quoi qu'on en ait dit, qui a, pour nous médecins, l'incontestable mérite d'avoir été, en France, l'un des premiers, et en tout cas le plus illustre des défenseurs de la circulation harvéyenne.

Ce tableau doctrinal est complété par une foule de détails jusque-là fort peu connus, sur l'organisation intérieure de la Faculté de médecine, sur son enseignement, sur l'origine et les développements du collége de Saint-Côme, sur les luttes entre barbiers et chirurgiens, sur la législation de la pharmacie, sur les médecins de la cour, sur l'histoire hygiénique et médicale de Louis XIV, composée principalement à l'aide du *Journal de la santé du roi*, qui était encore inédit à l'époque où fut composé cet ouvrage. En un mot, l'histoire de la science est partout contrôlée et éclairée par celle de la profession.

A tous ces titres, et malgré une forme qui pourra paraître à quelques-uns un peu trop littéraire, on peut dire que ce livre appartient tout entier à l'histoire de la médecine.

5. — *De Asclepiade Bithyno medico ac philosopho.*

(Brochure in-8°, Paris, 1862.)

Cette dissertation, qui doit à son caractère de Thèse de la Faculté des lettres l'inconvénient, si c'en est un, d'être écrite en latin, est consacrée à l'étude d'un des exemples les plus curieux que nous offre l'histoire, de l'immixtion de la philosophie et de la métaphysique dans le domaine de la médecine. Toute la doctrine d'Asclépiade se résume en ceci : c'est l'application violente et abusive de l'atomisme épicurien à l'étude et au traitement des maladies; c'est, dans l'antiquité, la première tentative de substitution d'une formule systématique aux données de l'anatomie et de l'observation clinique; tentative éminemment dangereuse, quoique corrigée en partie par d'heureuses contradictions, et par des qualités pratiques de premier ordre. Comme théoricien, Asclépiade est le maître et l'inspirateur de Thémison, le véritable père du méthodisme, et le précurseur de tous les grands dichotomistes anciens et modernes. A ce titre, il nous offre assurément l'une des plus grandes figures que puisse étudier l'histoire de la science et de l'art.

C'est principalement sous cet aspect intéressant qu'Asclépiade est étudié dans ce mémoire. Tout ce qui touche à la biographie et aux écrits de cet illustre médecin avait été bien élucidé dans un important travail de Gumpert, auquel il restait peu de chose à ajouter. La tâche vraiment médicale qu'il y avait à entreprendre, c'était de montrer par quels nombreux points de contact Asclépiade se rapproche de plusieurs novateurs célèbres des temps modernes, tels que Brown, Rasori, et surtout Broussais; c'était de faire voir, par ce parallèle instructif, comment une même conception erronée de la médecine se perpétue à travers les âges, en changeant de forme suivant les temps et les lieux, mais en gardant au fond les mêmes caractères.

Tel est, si je ne m'abuse, l'esprit dans lequel devrait être conçu un

enseignement de l'histoire de la médecine. Bornée à une simple question d'érudition, et à des rapprochements de textes et de dates, cette histoire n'a d'autre raison d'être que l'intérêt, très-réel d'ailleurs, qui s'attache à la contemplation des choses du passé. Le meilleur moyen de la vivifier, d'en faire une science *actuelle*, c'est de ne pas séparer l'exposé des doctrines et des systèmes de celui des faits d'observation qui leur ont donné naissance; c'est de montrer suivant quelles lois l'esprit humain, placé en face de phénomènes qui, en définitive, ne changent pas, a pu varier dans ses interprétations, et comment les mêmes fautes de méthode peuvent, à des siècles d'intervalle, ramener des erreurs analogues; c'est enfin et surtout de faire ressortir les procédés d'investigation qui ont servi, dans tous les temps, à la découverte de la vérité. Ainsi envisagée, et contrôlée sans cesse par les acquisitions positives de la science moderne, l'histoire peut cesser d'être un simple objet de curiosité philosophique et littéraire, pour devenir une science d'une utilité pratique incontestable, et que l'on pourrait définir ainsi : la médecine, et la pathologie en particulier, éclairées et complétées par l'histoire.

6. — *Des derniers ouvrages de M. Flourens, et de l'origine des idées modernes sur la vie.*

(Brochure in-8°, 1858.)

Œuvre de jeunesse, qui ne pouvait guère avoir qu'un intérêt de circonstance. Flourens venait de faire paraître son livre : *De la vie et de l'intelligence*, dans lequel il énonçait la prétention d'avoir trouvé, dans son *nœud vital*, le siége et le principe de la vie. J'essaye de montrer que cette manière d'envisager la vie comme une ***propriété*** d'un point isolé du système nerveux est une hypothèse non moins

aventureuse que celle du principe vital Barthézien ; que, réduite à ses proportions vraies, la découverte de Flourens se résume dans la démonstration du *mécanisme* qui relie entre elles les principales fonctions de l'économie, par l'intermédiaire du bulbe rachidien, et cela chez les animaux supérieurs seulement.

Cherchant à donner de la vie une idée plus compréhensive, j'esquisse un tableau de l'évolution des sciences naturelles depuis la fin du xviie siècle ; je montre le lien logique qui réunit, à travers les âges, dans une même famille intellectuelle, Leibniz affirmant l'énergie intime de la matière et de chaque atome matériel en particulier, Haller créant la doctrine des propriétés vitales par la découverte de l'irritabilité, Bichat analysant les propriétés des tissus et créant l'anatomie générale, et enfin les anatomistes modernes faisant pénétrer l'analyse jusqu'à l'élément histologique. J'étudie dans le passé le mouvement d'idées progressif par lequel les naturalistes sont arrivés peu à peu à la notion capitale du perfectionnement des êtres vivants par la division du travail physiologique et la spécialisation des fonctions. Je conclus à la vitalité propre de l'universalité des parties élémentaires de l'organisme. J'invoque comme preuve ce fait, que quelques états morbides, les fièvres ataxiques, notamment, « déterminent *une certaine indépendance des organes*, les uns par rapport aux autres. La fibre musculaire répond directement aux excitations ; la circulation capillaire se ralentit ou s'accélère par places, sans modifications spéciales de l'action nerveuse, etc. Ne semble-t-il pas que, dans ces cas, les parties vivantes acquièrent, par je ne sais quelle décentralisation, la faculté de s'isoler davantage, rapprochant, en quelque sorte, l'animal malade d'un animal inférieur dans la série? » (Page 29, *note*).

On voudra bien remarquer la date de cet écrit : 1858. C'est l'année même où Virchow faisait à Berlin les célèbres leçons qui ont été réunies depuis sous le nom de *pathologie cellulaire*. Ces idées étaient alors loin d'être monnaie courante, comme elles le sont devenues depuis.

7. *De la pellagre.*

(*Gazette des hôpitaux*, 1863.)

Rédaction et publication des leçons de M. le professeur Hardy, sur ce sujet, à l'hôpital Saint-Louis.

8. — *Leçons de pathologie expérimentale. — Du sang et des anémies*, par M. le professeur C. Sée.

(Un vol. in-8°, Paris, 1866.)

Rédaction et publication de ces leçons professées à l'hôpital Beaujon.

Les divers articles que j'ai publiés dans le *nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* forment un ensemble d'environ 800 pages d'un texte compacte. Ils se divisent en trois groupes :

A. Maladies de l'appareil circulatoire.

9. — *Cœur.*

(T. VIII, p. 325.)

Cet article peut être considéré, en réalité, comme un traité des maladies du cœur (la péricardite seule n'y est pas traitée). A l'époque où il fut composé, aucun travail d'ensemble n'avait été fait,

depuis plus de vingt ans, sur cette branche importante de la pathologie. En revanche, il avait paru, dans cet intervalle, un nombre considérable de travaux particuliers, portant soit sur divers points d'auscultation, soit sur des questions d'anatomie et de physiologie pathologique, soit enfin sur l'étiologie et la thérapeutique des maladies du cœur. Entre autres nouveautés importantes, l'introduction des méthodes graphiques dans l'étude physiologique de l'appareil circulatoire avait apporté à la pathologie cardiaque un élément de précision conforme aux besoins et aux tendances de la science contemporaine, en même temps qu'un élément de contrôle, au moyen duquel il y avait lieu de réviser les données précédemment fournies par la percussion, par l'auscultation, etc.

Coordonner cette immense quantité de matériaux, faire en quelque sorte le triage de ce qui méritait de rester dans la science, à titre de faits positifs et démontrés, utiliser les travaux importants faits à l'étranger, principalement en Angleterre et en Allemagne, mettre d'accord les acquisitions nouvelles de la physiologie avec les exigences permanentes de la clinique, enfin présenter le tout sous la forme méthodique et concise, réclamée par un ouvrage essentiellement didactique; telle était la tâche qui s'imposait à moi. Il ne m'appartient pas d'apprécier la manière dont je l'ai remplie, mais il ne me sera pas défendu de rappeler que, depuis son apparition, cet article a été l'une des sources où ceux de nos étudiants qui ne veulent pas se contenter des manuels, viennent le plus habituellement puiser la connaissance théorique des maladies du cœur.

Les deux idées fondamentales que j'ai cherché à faire prévaloir d'un bout à l'autre de ce travail, c'est : 1° que, le cœur étant avant tout un organe d'impulsion, l'état du muscle cardiaque, envisagé en lui-même et dans son innervation, est l'élément qu'il importe le plus d'apprécier, et la véritable source des indications thérapeutiques, de sorte que les lésions d'orifices elles-mêmes, quelle que soit leur importance, ne valent qu'en tant qu'obstacles au jeu régulier de l'appareil musculaire ; 2° qu'il existe, entre le cœur et le reste de l'appareil circulatoire, une étroite solidarité, qui ne permet jamais de

séparer entièrement l'un de l'autre ces deux termes du problème posé au clinicien.

Un chapitre important est consacré à la pathologie générale des maladies du cœur. L'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la marche, les complications, y sont longuement étudiées. Comme point de départ, presque toujours une diathèse; comme résultat, la constitution d'un obstacle circulatoire permanent, et comme intermédiaire, une série d'états inflammatoires dont la chronicité s'accentue de jour en jour davantage, voilà les lignes principales du tableau. Les différentes phases de cette longue évolution sont ramenées à deux grandes lois qui constituent ce que j'ai appelé la logique des maladies du cœur : *loi de subordination*, qui permet de comprendre l'ordre dans lequel s'enchaînent les diverses dégénérescences organiques liées à l'affection cardiaque; *loi de compensation*, qui donne la clef de cette sorte d'artifice, en vertu duquel l'économie peut s'accommoder d'un trouble plus ou moins profond dans le fonctionnement de l'organe central de la circulation.

Le phénomène ultime de ce double processus est l'affaiblissement, soit passager, soit définitif, du cœur et des vaisseaux, c'est-à-dire *l'asystolie.* En empruntant ce terme à Beau, ce n'est pas seulement un mot expressif que je revendique pour notre illustre compatriote; c'est l'honneur d'avoir clairement formulé ce que les Allemands désignent sous le nom de loi de H. Frey, à savoir ce fait capital de la diminution de la tension artérielle, et de l'augmentation de la tension veineuse. Une étude minutieuse est consacrée à l'asystolie, dans tous les détails de ses effets sur les divers organes et appareils.

C'est dans ce chapitre que j'indique un fait curieux, qui avait à peine été mentionné auparavant, à savoir, la fréquence relative de perturbations psychiques liées à l'asystolie, et parmi lesquelles je signale la lypémanie, et un délire ambitieux absolument comparable à celui des aliénés paralytiques. J'ai eu plusieurs fois, depuis, l'occasion de vérifier cet ordre de faits.

Cette étude générale se termine par des considérations sur la mort

dans les maladies du cœur, et par un chapitre consacré au traitement de ces maladies. L'action de la digitale y est envisagée principalement au point de vue de la clinique et des indications thérapeutiques.

Dans l'étude particulière et détaillée qui est faite ensuite des diverses maladies du cœur, les points suivants méritent d'être mentionnés.

A propos des anomalies, je présente une systématisation fondée sur l'embryogénie, et je ramène les anomalies à trois types principaux, selon qu'il existe une oblitération ou un rétrécissement de l'artère pulmonaire déjà formée chez le fœtus; ou que la persistance du trou de Botal est accompagnée de dilatation des cavités droites, par suite d'arrêt de développement des cloisons; ou enfin que l'arrêt de développement porte primitivement sur les gros vaisseaux.

L'histoire encore obscure des myocardites est mise au courant de la science, notamment en ce qui concerne la myocardite syphilitique.

Un chapitre entièrement neuf, et qui n'existait pour ainsi dire pas dans les traités antérieurs, est celui qui se rapporte aux *anévrysmes du cœur*, entendus dans le seul sens où ce mot doive être accepté aujourd'hui, celui de poches creusées dans la substance du cœur, et en communication avec le courant circulatoire. L'excellente thèse que le docteur Pelvet avait précédemment consacrée à ce sujet, reposait en grande partie sur l'analyse approfondie d'une pièce pathologique que je lui avais communiquée, et provenant d'un malade qui avait fait, de ma part, l'objet d'une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu.

Je ne mentionne, en passant, le chapitre des ruptures du cœur que pour avoir occasion de signaler une thèse faite depuis lors, à mon instigation, par le docteur A. Le Piez, sur ce sujet, et particulièrement sur le rôle pathogénique de l'embolie des artères coronaires dans les ruptures du cœur.

Dans l'histoire des concrétions sanguines du cœur, je me suis attaché à étudier, avec un soin particulier, les caractères auxquels on

peut distinguer les concrétions formées pendant la vie de celles qui se forment après la mort.

C'est sur l'anatomie pathologique et la symptomatologie des lésions d'orifices, qu'ont porté principalement les travaux faits depuis une vingtaine d'années sur la pathologie cardiaque. J'ai cherché à résumer ces travaux le plus méthodiquement possible. Prenant pour point de départ les cas simples de rétrécissement ou d'insuffisance, j'étudie le mécanisme de production des bruits morbides, leur siége, leur mode de propagation ; puis, passant de là aux cas de lésions complexes, je cherche à distinguer ce qui appartient aux rétrécissements de ce qui est le fait des insuffisances valvulaires ; je résume le tout dans un tableau d'ensemble propre à fixer ces notions dans l'esprit des commençants.

L'histoire de l'insuffisance aortique me donne l'occasion de signaler un fait dont j'ai eu maintes fois depuis l'occasion de vérifier l'exactitude ; c'est que le bruit de souffle au second temps, pathognomonique de cette insuffisance, présente souvent, à la pointe du cœur, une intensité égale ou même supérieure à celle qu'on observe à la base. J'explique le fait par la transmission du bruit à travers un ventricule hypertrophié, dont le contact avec le paroi thoracique est plus complet à la pointe que partout ailleurs.

J'établis, je crois, avec plus de précision qu'on ne l'avait fait auparavant, du moins en France, le rapport existant entre chaque variété de lésion d'orifice, et la forme particulière que tend à prendre l'hypertrophie consécutive, et par suite la forme et le volume de l'organe pris dans sa totalité.

Enfin je consacre de longs développements aux lésions valvulaires du cœur droit, un peu trop négligées par nos auteurs classiques, et en particulier à l'insuffisance de la valvule tricuspide. Je fais une étude critique approfondie des différentes sortes de pouls veineux jugulaire ; j'indique une cause d'erreur consistant dans l'existence d'un faux pouls veineux, qui se produit quand la valvule située à l'embouchure de la veine est suffisante, et qui n'est, en définitive, qu'un phénomène de stase intermittente. Je résume cette difficile discussion dans la

proposition suivante : « L'insuffisance tricuspide est caractérisée par un pouls veineux *vrai et systolique.* »

Dans cette même insuffisance, j'indique l'existence des battements du foie, fait important que Sénac avait entrevu, qui avait fixé l'attention de Kreysig, et qui depuis avait été presque entièrement perdu de vue parmi nous. Il a été repris, depuis mon travail, avec d'amples développements, par M. le docteur Mahot, dans une bonne thèse écrite sous l'inspiration de M. Potain.

10. — *Maladies des artères.*

(T. III, p. 193.)

Cet article contient l'histoire à peu près complète des maladies du système artériel, à l'exception des plaies et des anévrysmes. Je décris dans autant de chapitres spéciaux : l'artérite aiguë et chronique, l'athérome, la dégénérescence graisseuse d'origine non inflammatoire, la dilatation simple, la varice artérielle ou anévrysme cirsoïde, les rétrécissements et oblitérations, les ruptures, les hémorrhagies des tuniques, le cancer, les entozoaires, la névralgie, la paralysie.

A l'époque où ce travail parut, l'histoire de l'*artérite*, dans nos ouvrages classiques français, était d'une confusion extrême; je me suis efforcé de la dégager, autant que possible, des discussions doctrinales sans fin, dont cette question avait été encombrée, pour mettre en évidence les faits précis résultant des investigations anatomo-pathologiques et de l'expérimentation physiologique, en faisant une large part, comme c'était justice, aux travaux très-importants accomplis sur ce point en Allemagne.

11. — *Veines caves.*

(T. VI, p. 600.)

La pathologie de ces deux gros troncs veineux est exposée dans cet article, au moyen d'une analyse critique de tous les faits publiés antérieurement. Cette étude est ramenée aux quatre chefs suivants : *inflammation, compression, oblitération, dilatation.*

De ces quatre ordres de lésions, c'est l'oblitération qui, naturellement, occupe la place la plus considérable. Je montre dans tous leurs détails, en me fondant sur des faits précis, les divers modes d'établissement d'une circulation collatérale.

Le chapitre du diagnostic contient une partie entièrement originale : c'est la détermination expérimentale de la valeur séméiologique de *l'albuminurie* dans le cas d'oblitération de la veine cave inférieure. J'ai fait trois séries d'expériences sur des animaux, en appliquant des ligatures : 1° au-dessus de l'embouchure des veines émulgentes; 2° au-dessus et au-dessous de cette embouchure; 3° au-dessous seulement. Je montre que l'albuminurie est infiniment plus prononcée dans les deux premiers cas. Je fais voir le mécanisme en vertu duquel elle est possible dans le troisième.

Contrairement à la proposition énoncée par M. Oulmont, que toutes les oblitérations de la veine cave supérieure se termineraient tôt ou tard par la mort, je rapporte l'observation d'un cas de thrombose de cette veine, suivi de guérison complète.

12. — *Veine azygos.*

(T. IV, p. 385.)

Cet article forme le complément naturel du précédent, puisque la veine azygos est la grande voie de communication qui permet aux deux veines caves de se suppléer l'une l'autre. Ce mécanisme est étudié anatomiquement et cliniquement.

B. Maladies diverses.

13. — *Gangrène.*

(T. XV, p. 592.)

Cet article, qui forme une monographie complète, est divisé en deux parties. La première partie contient l'histoire dogmatique de la gangrène. Cette histoire est présentée à un point de vue beaucoup plus général qu'elle ne l'avait été dans ma thèse inaugurale. J'y résume sommairement les faits de physiologie pathologique indiqués ci-dessus.

Un chapitre spécial est consacré à l'histoire des *infarctus viscéraux*, que je montre ne pouvoir être séparés de la gangrène proprement dite.

La seconde partie comprend la description des principales variétés cliniques de gangrène : 1° La gangrène spontanée, dite gangrène sénile; 2° la gangrène symétrique des extrémités; j'énonce, dans ce chapitre, les résultats nouveaux auxquels m'ont conduit mes études poursuivies sur cette question. Je place dans l'axe spinal le point de départ de l'excitation vaso-motrice aboutissant à la fermeture des petits vaisseaux, et, en dernière analyse, à l'asphyxie locale et à la mortification des tissus; j'explique ainsi la symétrie des lésions; je présente comme très-vraisemblable l'hypothèse que cette excitation vaso-motrice est, dans un grand nombre de cas, de nature réflexe; 3° les gangrènes traumatiques; 4° la gangrène dans les fièvres; 5° la gangrène par le seigle ergoté; 6° la gangrène diabétique.

14. — *Erysipèle.*

(T. XIV, p. 33.)

Dans cet exposé de l'histoire de l'érysipèle médical (l'érysipèle chirurgical a été traité par M. le professeur Gosselin), j'insiste sur les raisons propres à établir : d'une part que cette affection a bien

pour siége principal les lymphatiques de la peau, d'autre part qu'il s'agit d'une angioleucite spécifique, due à la pénétration d'agents infectieux.

Tout en admettant la possibilité de la contagion, je cherche à en préciser les conditions.

J'établis un parallèle avec la fièvre puerpérale, je prouve par de nombreux exemples l'affinité de ces deux maladies; je montre que, dans le groupe des états pathologiques confondus à tort sous l'étiquette commune de fièvre puerpérale, il existe une variété reconnaissable à certains caractères, et qui n'est qu'un érysipèle interne, débutant par la muqueuse utérine.

Dans la symptomatologie, j'indique un nouveau signe propre à faire reconnaître, dans quelques cas, *avant* son apparition à l'extérieur, un érysipèle débutant, ce qui est fréquent, par la muqueuse nasale : c'est une tuméfaction du sac lacrymal due à la compression de l'orifice inférieur du canal nasal. Je trace un tableau diagnostique de ce que j'appelle les pseudo-érysipèles de la face.

15. — *Hématidrose.*

(T. XVII, p. 265.)

Résumé des principaux travaux sur la sueur de sang.

16. — *Albinisme.*

(T. I, p. 506.)

Résumé critique de l'histoire de cette anomalie.—J'indique, dans ce travail, un fait assez intéressant qui avait passé jusque-là inaperçu : c'est que, chez les albinos, grâce à l'excessive minceur de la sclérotique et à l'absence de pigmentation de la choroïde, grâce aussi à l'extrême myopie dont ces individus sont généralement affectés, le fond des yeux, les vaisceaux rétiniens, la papille du nerf optique, etc., peuvent s'observer *à l'œil nu*, et à la lumière diffuse, sans le secours de l'ophthalmoscope.

C. Articles de pathologie générale.

17. — *Diathèse.*

(T. XI, p. 410.)

Dans ce travail, auquel j'ai consacré beaucoup de temps et de soins, je me suis efforcé, sans négliger les grandes questions de doctrine, qui ne pouvaient pas ne pas être abordées, d'élaguer autant que possible les querelles de mots, pour ne m'occuper que des choses, et de faire une sorte d'inventaire des faits précis qui peuvent être considérés comme acquis à la science.

Dans une série de chapitres, je traite successivement les questions suivantes :

A. — L'unité et la multiplicité dans les phénomènes biologiques; —la légitimité de la distinction à établir entre les maladies générales et les maladies locales;—les caractères généraux des diathèses, pouvant se résumer sous ces trois grands chefs : unité affective, chronicité d'évolution, troubles plus ou moins profonds de la nutrition.

B. — La séparation à établir entre la prédisposition et la diathèse, celle-ci méritant, à tous égards, d'être envisagée comme *une maladie.* — l'examen de la doctrine de M. Bazin, touchant la distinction des diathèses et des maladies constitutionnelles; je montre ce qu'a d'illusoire, selon moi, le critérium tiré de l'unicité ou de la diversité des produits morbides.

C. — Les principes de classification *: a.* diathèses *générales*, comprenant : les diathèses spécifiques et virulentes; les diathèses spécifiques non virulentes; *b.* diathèses *partielles;* — l'exposé des règles pour la détermination nosologique des diathèses; je propose, dans ce chapitre, de scinder la diathèse dartreuse en deux, l'une correspondant à l'eczéma et à ses dérivés, l'autre au psoriasis.

D. — La symptomatologie générale des diathèses; — l'étiologie générale; — la transformation des diathèses par l'hérédité; — leur

hybridation ;— les rapports des diathèses avec les maladies intercurrentes, y compris le traumatisme ; — les rapports des diathèses entre elles, et leurs modifications réciproques, par le fait de leur coexistence chez le même individu ; — la marche des diathèses ; — l'étude des indications thérapeutiques.

18. — *Cachexies.*

(T. VI, p. 6.)

Cet article est, pour une bonne part, le complément du précédent. L'idée mère que je cherche à y faire prévaloir, c'est que les cachexies sont toujours un *résultat* secondaire de causes ordinairement complexes, et qu'il n'existe ni une maladie ni une classe de maladies, qu'il convienne de désigner sous ce nom.

Conséquemment, je les envisage exclusivement au point de vue de la pathologie générale.

1° J'en étudie la pathogénie, qui se résume dans l'analyse physiologique des circonstances qui déterminent, pour l'ensemble de l'économie, dans chaque cas donné, l'excès de pertes et l'insuffisance de la réparation.

2° J'essaye de fixer la valeur séméiologique des cachexies ; je les décompose en leurs éléments essentiels, et, prenant pour point de départ la manière dont ces éléments se groupent entre eux, j'arrive à constituer un certain nombre de *types* cliniques, dont chacun a une signification diagnostique et peut servir à l'établissement des indications.

19. — *Maladie.*

(T. XXI, p. 458.)

Il serait fort difficile, sinon impossible, de résumer un travail de cette nature, qui touche aux plus hautes questions de la philosophie

médicale. Qu'il me suffise de mentionner l'objet des principaux chapitres : La vie et la force médicatrice.—La cause morbide. — L'économie envisagée comme support de la maladie. — Le symptôme. — La lésion. — L'évolution morbide. — L'espèce morbide et la nosologie.

Ce simple aperçu indique qu'il s'agit là d'un exposé doctrinal, où j'ai essayé de condenser un certain nombre de principes, qui forment comme le programme d'une pathologie générale, et où chacun pourra juger, à son gré, de mes opinions et de mes tendances.

---

20. — *Leçon d'ouverture d'un cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.*

(*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 537.)

Cette leçon est principalement consacrée à l'étude d'un cas d'hémiparaplégie hystérique *avec atrophie.*

---

21. — *Ligature de la carotide primitive.*

(*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1871, 2e série, t. XII, p. 169.)

Considérations anatomiques et cliniques sur un cas de ligature pratiquée à la suite de plaie d'arme à feu. Relation d'une transfusion du sang faite chez le même malade.

Dans ce même travail, se trouve rapporté, en outre, une observation d'hémiplégie *droite* consécutive à une plaie du côté *gauche* de la *base du cou*, sans lésion du crâne ni des gros vaisseaux de la région atteinte. Je signale ce fait intéressant, comme confirmatif de la théorie émise par M. le professeur Richet, relativement à l'influence exercée par les plaies du grand sympathique sur la production d'hémorrhagies cérébrales.

22. —*Hémorrhagie par rupture d'un anévrysme de l'artère crurale, à l'extrémité d'un moignon d'amputation, après cicatrisation.*

(*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1871, 2e série, t. XII, p. 138, et *Gazette hebdomadaire*, 2e série, t. VIII, p. 457.)

23. — *Relation de quatre opérations de transfusion du sang*, — communiquée à M. Jullien, et reproduite dans sa thèse d'agrégation, *De la transfusion du sang*, 1875, p. 302 et suivantes.

24. — *Observation de plaie du plexus brachial, avec exaltation considérable de la sensation du chatouillement, coïncidant avec une notable diminution de la sensibilité de contact*, — dans la thèse de M. Ch. Londe, sur les *Névralgies consécutives aux lésions des nerfs*, Paris, 1860.

Fait extrêmement remarquable d'isolement clinique du *sens du chatouillement* admis par Gerdy.

25. —*Anévrysme de l'aorte abdominale.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 448.)

Par suite de la rupture de cet anévrysme, énorme hémorrhagie *sous-péritonéale* ayant fusé jusque dans les derniers replis du mésentère et de l'épiploon, sans une goutte de sang dans la cavité du péritoine.

26. — *Observation de méningite tuberculeuse n'ayant donné lieu à aucun symptôme cérébral, chez un enfant mort d'angine couenneuse.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1860, p. 167.**)

27. — *Observation d'adhérence complète des deux feuillets du péricarde.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1860, p. 248.**)

Fait intéressant, au point de vue clinique, par l'existence d'un dédoublement complet des deux bruits du cœur, donnant à l'oreille la sensation de deux cœurs battant indépendamment l'un de l'autre.

28.— *Végétations condylomateuses du péritoine, autour de kystes de l'ovaire.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1861, p. 41.**)

29. — *Rapport sur un cas d'infiltration purulente des parois de l'estomac.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1861, p. 63.**)

Travail étendu, fait à propos d'une présentation de M. Cornil et basé sur l'analyse d'une vingtaine d'observations recueillies dans la science. En voici les conclusions :

Réservant le nom de *gastrite* pour l'inflammation superficielle de la muqueuse stomacale, j'étudie trois variétés d'abcès de l'estomac : abcès intra-muqueux; abcès sous-muqueux; infiltration purulente généralisée.

Les abcès circonscrits appartiennent à des états chroniques, et peuvent être un des modes pathogéniques de l'ulcère simple.

L'infiltration purulente peut se produire dans plusieurs maladies générales, caractérisées par la tendance de l'économie à la formation du pus. Je repousse l'existence d'une gastrite phlegmoneuse idiopathique. — Je dois ajouter que des faits observés depuis m'ont fait voir que cette dernière conclusion, tout en restant généralement vraie, était trop absolue.

30.—*Méningite tuberculeuse, avec infiltration tuberculeuse de l'arachnoïde pariétale de la moelle.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1862**, p. 405.)

A l'époque où cette observation fut publiée, il y avait intérêt à montrer la propagation du processus tuberculeux à la moelle et à ses enveloppes; aujourd'hui le fait est admis par tout le monde.

31. — *Rapport sur deux cas d'embolie pulmonaire.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, **1864**, p. 79.)

Je discute les théories régnantes, notamment celle de Panum, sur le mécanisme de la mort par embolie. A côté des cas de mort par asphyxie, j'admets une mort par syncope causée par l'arrêt mécanique du cœur, dans les cas où l'embolus n'oblitère pas l'artère pulmonaire.

32.—*Rétrécissement de la trachée par un diaphragme membraneux.*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 1868, p. 349.)

33. — *Pseudo-anévrysme de l'artère pulmonaire développé dans une caverne tuberculeuse.*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 1874, p. 169.)

Il ne s'agit pas ici de ces cas, aujourd'hui bien connus, d'anévrysmes développés dans les parois des cavernes, mais bien d'un anévrysme faux consécutif, dans lequel la caverne elle-même joue le rôle de sac, est tapissée de caillots fibrineux d'aspect feuilleté, et communique à plein canal avec une des ramifications de l'artère pulmonaire. J'insiste sur le rôle protecteur des caillots fibrineux, qui, dans le cas que je décris, ont été le seul obstacle à la perforation du poumon, l'anévrysme siégeant à quelques millimètres de la superficie de cet organe.

34. — *Examen histologique d'un tube membraniforme d'un mètre de long expulsé par l'intestin (entérite pseudo-membraneuse).*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 1874, p. 250.)

35.—*Anévrysme de l'aorte consécutif à une aortite aiguë, développée sous l'influence d'un eczéma aigu, avec intégrité des valvules sigmoïdes.*

(*Bulletins de la Société anatomique,* 1874, p. 606.)

Je combats, à cette occasion, la théorie de M. Marey, d'après

laquelle l'existence d'un anévrysme de la crosse aortique devrait avoir pour conséquence, à raison de l'élasticité des parois du sac, de forcer les valvules sigmoïdes, et de déterminer une insuffisance de l'orifice aortique.

36. — *Communication orale sur le rapport étiologique de l'urticaire avec les ponctions capillaires.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1875.)

A l'occasion de cette communication, je démontre, par une observation très-concluante, l'existence d'une variété d'asthme, dit essentiel, qui n'est autre chose que *l'urticaire* de la membrane muqueuse des bronches.

37.—*Tumeur kystique du testicule; 18 mois après, pleurésie compliquée de phénomènes cérébraux. Thoracentèse, écoulement d'un liquide sanguinolent; mort; autopsie. Cancer généralisé ayant envahi la plupart des viscères, notamment les poumons et la plèvre.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1865, 2e série, t. II, p. 163.)

La tumeur du testicule dont il est question avait fait, l'année précédente, l'objet d'une importante communication de M. Tillaux, à la Société de chirurgie. MM. Tillaux et Sappey avaient espéré trouver la caractéristique des tumeurs bénignes du testicule, dans les dilatations lymphatiques qui formaient la partie essentielle de ce néoplasme. Or, il s'agissait, en réalité, d'un sarcome colloïde. M'appuyant sur la connexité intime du tissu conjonctif et des premières radicules du système lymphatique, je cherche à établir que l'ampliation des

lymphatiques n'est, dans ce cas, que la conséquence de la prolifération des noyaux de substance conjonctive. Je discute, à cette occasion, la valeur des épanchements sanguinolents comme signe du cancer des poumons.

38. — *Sur un cas de mort subite survenue dans le cours d'un œdème de la glotte, à la suite de l'ingestion d'une petite quantité d'eau sédative.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, **1870, 2e série, t. VII, p. 116.**)

39. — *Un cas de guérison d'éclampsie puerpérale par le chloral.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, **1870, 2e série, t. VII, p. 329.**)

40.—*Relation d'une série de cas de fièvre puerpérale attribuables au transport de l'infection purulente.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, **1872, 2e série, t. IX, p. 163.**)

41. — *Sur quelques proto-organismes observés dans les déjections des cholériques (en collaboration avec M. Hayem).*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, **1873, 2e série, t. X, p. 267.**)

42. — *De la nature de l'érysipèle, et de ses relations avec les maladies infectieuses.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1873, 2e série, t. X, p. 52.)

Dans ce mémoire, je reprends et développe par des faits et des arguments nouveaux une partie des idées que j'avais déjà exposées dans l'article *Erysipèle* cité ci-dessus. Je discute la valeur de la proposition émise par M. Vidal, que l'érysipèle de la face serait d'une bénignité particulière chez les scrofuleux. Je montre que ces cas se rapportent à de véritables angioleucites simples de la face.

Le véritable érysipèle est caractérisé par la spécificité de sa cause, et cette cause peut être *de nature multiple*. J'énumère les divers agents infectieux que je considère comme pouvant présider au développement de l'érysipèle. Parmi eux, je rencontre le miasme qui, chez les nouvelles accouchées, produit l'infection puerpérale. C'est ce miasme qui donne en général à l'érysipèle des nouveau-nés sa gravité spéciale; en regard de cette variété, bien connue surtout depuis les travaux de Lorain, je signale l'existence d'érysipèles des nouveau-nés, très-bénins parce qu'ils ne sont pas puerpéraux, et sur lesquels j'ai fait faire depuis une thèse par un de mes élèves, M. Yot.

J'attribue la gravité particulière de l'érysipèle traumatique à cette circonstance, que l'agent infectieux pénètre dans l'économie simultanément par les lymphatiques et par les veines, tandis que dans l'érysipèle dit *médical*, il ne pénètre que par les lymphatiques.

J'ai défendu ces idées dans la discussion qui a suivi à la Société médicale des hôpitaux.

43. — *Note sur un cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1874, 2e série, t. XI, p. 120.)

Je discute, dans cette note, la question de savoir si les ulcères

tuberculeux des muqueuses de l'orifice buccal ne pourraient pas être considérés comme des accidents *d'inoculation* qui seraient à la tuberculose ce que le chancre est à la syphilis. Je réponds par la négative.

44. — *Observation et remarques sur un cas de gangrène symétrique des extrémités.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux,* 1875, 2e série, t. XII, p. 213.)

Je discute dans ce travail les relations de la gangrène symétrique avec la congélation. A rapprocher du suivant.

45. — *Observation de gangrène symétrique chez une diabétique.*

Communiquée à M. Brouardel, qui l'a reproduite dans sa Thèse d'agrégation sur le *Traitement du diabète sucré*, 1869 (*Appendice*, p. 167 et suiv.). J'indique les différences qui séparent cette variété de gangrène de la gangrène diabétique proprement dite, et je discute la nature du rapport étiologique à établir entre ces deux affections. La malade dont il s'agit dans ce fait important avait été présentée par moi à la Société médicale des hôpitaux.

46.—*Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités.*

(*Archives générales de médecine,* janvier et février 1874.)

Dans mes précédents travaux sur cette question, j'avais émis hypothétiquement la pensée que l'asphyxie locale devait reconnaître pour

cause une contraction vasculaire, due probablement à une excitation partant de l'axe spinal, pour rayonner de là aux nerfs vasculaires. J'expliquais ainsi la remarquable symétrie des lésions qui caractérise cette espèce morbide.

J'apporte, dans ce mémoire, la *preuve* de cette assertion, en démontrant l'existence de spasmes vasculaires, inappréciables dans les gros vaisseaux, mais très-sensibles dans les artères de petit calibre.

Je rapporte, en le discutant dans ses détails, un fait de coïncidence très-remarquable entre les troubles circulatoires périphériques, et des phénomènes identiques observés à l'ophthalmoscope dans la circulation rétinienne, et se traduisant par un obscurcissement intermittent de la vision; avec cette circonstance intéressante, que le spasme des vaisseaux de la rétine, et l'amblyopie qui en est la conséquence, *alternent* avec le spasme des vaisseaux des extrémités, qui en détermine la cyanose.

A cette occasion, je propose une théorie physiologique nouvelle des battements normaux de la veine centrale de la rétine.

Je publie les résultats d'expériences faites sur des animaux, et qui me permettent d'établir que les nerfs vaso-moteurs de la rétine proviennent de la branche cervicale du grand sympathique, et non pas, comme on aurait pu le supposer, des fibres sympathiques contenues dans la cinquième paire et venant directement de l'encéphale.

Comme conséquence des recherches précédentes, je propose un nouveau traitement de l'asphyxie locale, consistant dans l'emploi des courants continus. Je rapporte plusieurs observations de guérison obtenue par l'application de courants descendants, soit sur la colonne vertébrale, pour agir sur la moelle épinière, soit sur les extrémités elles-mêmes. J'attribue le succès du courant galvanique appliqué sur la moelle, à un affaiblissement du pouvoir excito-moteur, et à une atténuation corrélative des contractions vasculaires réflexes.

47. — *De quelques troubles de la vision liés aux modifications de la température.*

(*Archives générales de médecine*, novembre 1875.)

Les troubles dont il s'agit peuvent se résumer ainsi : élévation de la température périphérique déterminant une amblyopie, qui disparaît par le refroidissement de la peau. Je rapporte, dans tous ses détails, l'observation, poursuivie pendant plusieurs mois, d'un individu probablement atteint de sclérose en plaques, chez lequel ces phénomènes s'observaient avec une singulière netteté. Il suffisait de le plonger dans un bain froid, pour rétablir presque instantanément la vision considérablement affaiblie. Une sorte de contre-épreuve naturelle vint confirmer la réalité de ces données. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade eut successivement une scarlatine et une varioloïde. La période exanthématique de chacune de ces deux fièvres éruptives fut accompagnée d'une cécité presque complète.

Des investigations ophthalmoscopiques auxquelles je me suis livré, je conclus à une sorte d'antagonisme entre la circulation capillaire périphérique, et la circulation capillaire profonde, en particulier celle du fond de l'œil. Ce balancement entre les circulations locales me paraît devoir se faire par l'intermédiaire de l'axe spinal.

48.— *Études expérimentales sur l'inoculabilité du sang, dans un cas de pyohémie spontanée.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1873, 2e série, t. X, p. 210.)

Dans les mémorables expériences de M. Davaine sur la septicémie, le point de départ des inoculations faites sur les animaux avait toujours été une matière albuminoïde (du sang de bœuf) dans un

état de putréfaction complète obtenue *à l'air libre;* d'où la conclusion énoncée par ce savant, que la septicémie n'est qu'une fermentation putride se continuant dans un organisme vivant. La *sepsine* de Bergmann avait, elle aussi, été extraite directement de substances albuminoïdes putréfiées dans les mêmes conditions.

Des accidents infectieux de même nature peuvent-ils se produire dans des conditions différentes de celles-là ?

Le hasard m'ayant fourni l'occasion fort rare d'étudier un cas de pyohémie dite *spontanée*, c'est-à-dire à l'abri de tout soupçon d'origine traumatique, je résolus de chercher ce qu'il adviendrait de l'inoculation du sang emprunté au malade *encore vivant*. Le côté neuf de mes expériences, c'est, selon moi, qu'ici la condition fondamentale des expériences de M. Davaine, à savoir l'introduction directe, dans le torrent circulatoire, d'un ferment putride primitivement développé à l'air libre, fait entièrement défaut.

Ce sont les résultats d'une double série d'inoculations faites dans ces conditions, que j'expose dans ce mémoire. Entre autres faits curieux, un lapin ayant reçu une goutte de ce sang humain pathologique, fournit à son tour un sang dont l'inoculation fut suivie de mort chez d'autres animaux, tandis que lui-même guérit.

Voici mes conclusions : 1° Il existe une variété de pyohémie non traumatique, que, dans l'état actuel de la science, on est autorisé à considérer comme spontanée; 2° le sang des malades atteints de cette affection est inoculable au même degré que le sang septicémique; celui des animaux inoculés devient toxique à des doses infiniment petites;—toutes réserves étant faites, d'ailleurs, soit sur la question d'identité de cette maladie avec la septicémie proprement dite, soit sur la question plus générale des fermentations spontanées.

49. — *Note sur une nouvelle affection parasitaire de la muqueuse linguale (avec figures).*

(*Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1869.)

Il s'agit, dans ce travail, d'une variété non décrite d'enduits noirs de la langue, caractérisée : 1° par une prolifération de l'épithélium des papilles ; 2° par la présence d'un végétal parasite.

Les productions épithéliales sont constituées par des cylindres piliformes pouvant atteindre jusqu'à un centimètre de long, et présentant ceci de spécial, que le développement se fait uniquement dans le sens de la longueur.

Le parasite se présente sous l'aspect de spores ayant de $0^{mm}003$ à $0^{mm}005$, sans aucune apparence de mycélium, sans tubes sporophores.

A la suite d'études comparatives multipliées, et complétées par des essais de culture artificielle, j'établis qu'il ne peut s'agir ici ni d'une variété de l'*oïdium albicans* du muguet, ni du *leptothrix buccalis*, ni du *cryptococcus cerevisiæ*. J'en conclus que le parasite découvert par moi ne peut être qu'une espèce nouvelle d'algue (ce qui me semble le plus probable), ou un *trychophyton tonsurans* anormalement développé sur la muqueuse linguale, auquel cas l'ensemble de la lésion que je décris devrait être considéré comme une *teigne des muqueuses*.

Est-ce le parasite qui provoque, par sa présence, la prolifération et la condensation des éléments de l'épithélium lingual ? Est-ce, au contraire, l'épithélium préalablement transformé en cylindre piliforme, qui offre au parasite les conditions d'habitat qui favorisent son développement ? Cette dernière manière de voir me paraît la seule admissible, puisque, dans certains cas, la modification épithéliale peut exister sans trace de parasites.

Le traitement qui m'a réussi consiste dans des râclages répétés, suivis d'attouchements avec l'eau phéniquée au 50e.

50. — *Mémoire sur l'angioleucite généralisée des poumons (avec planches).*

(Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 1874.)

Ce mémoire est consacré à la description d'une lésion jusque-là restée à peu près inaperçue, et caractérisée, à l'œil nu, par un développement variqueux extrêmement remarquable du système lymphatique des deux poumons. La surface presque entière de ces deux organes est recouverte d'un élégant réseau formé de lignes blanchâtres qui tranchent par leur couleur sur le tissu sain du poumon, et qu'on ne peut mieux comparer qu'à une injection admirablement réussie des lymphatiques pulmonaires. Cet aspect est encore plus remarquable sur une coupe.

L'examen histologique d'un de ces vaisseaux malades démontre que le centre de la préparation est occupé par une innombrable quantité de leucocytes, dont une partie est en voie de dégénérescence caséeuse, tandis qu'à la périphérie on trouve plusieurs rangées régulièrement superposées de cellules de l'endothélium lymphatique en voie de prolifération.

Il s'agit donc, non d'une réplétion par des corpuscules que l'on pourrait attribuer à un transport mécanique, mais d'un travail autochthone, qui justifie le nom d'angioleucite. Réunissant les divers faits plus ou moins analogues que j'ai pu recueillir dans la science, et ceux qu'il m'a été donné d'observer moi-même, je conclus que, dans la majorité des cas, il existe une remarquable coïncidence entre cette lésion des poumons et le cancer d'autres organes, mais que néanmoins cette angioleucite peut se développer sous d'autres influences.

J'envisage plus spécialement cette angioleucite spéciale liée au cancer, et j'en étudie la signification morphologique. Me fondant sur l'identité, démontrée par M. Ranvier, entre les cellules plates du tissu conjonctif et les cellules de l'endothélium, j'indique, comme

chose infiniment probable, que l'existence d'un stroma alvéolaire n'est pas indispensable pour la détermination histologique du carcinome, et que la cavité même des vaisseaux lymphatiques peut, dans certaines circonstances, être, par rapport aux cellules cancéreuses, l'équivalent des alvéoles de tissu fibreux.

Plusieurs faits confirmatifs ont été publiés depuis mon travail, notamment par M. Troisier, dans sa thèse, et par M. Hillairet.

51.

Je crois avoir signalé le premier, dans mon enseignement clinique, les *phénomènes gastriques* de l'ataxie locomotrice progressive, qui se trouvent décrits et rapportés à leur véritable cause, dans la thèse inaugurale d'un de mes élèves, M. le docteur Delamarre, dont le travail a pour base la relation d'un fait important recueilli dans mon service. *(Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice progressive*, 1866.*)*

C'est avec l'assentiment formel de l'auteur, que je place ici cette revendication, légitimée, je crois, par l'importance du sujet, et par le rôle considérable qu'ont pris, depuis la publication de ce travail, les troubles viscéraux dans l'histoire de la sclérose spinale postérieure.

52.—*Considérations sur les lésions rénales observées dans un cas de maladie de Bright.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1875, 2e série, t. XII, p. 62.)

Je cherche à montrer qu'entre le *gros rein blanc* (néphrite parenchymateuse) et le *petit rein contracté* (néphrite interstitielle), la ligne de démarcation est moins tranchée qu'on ne l'enseigne généralement, puisque ces deux variétés de dégénérescence brightique peuvent se rencontrer chez un même individu.

53. — *Sur une variété d'endocardite végétante (endocardite marginale) avec accidents typhoïdes.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1875, 2e série, t. XII, p. 200.)

Ce qui fait l'originalité de la lésion décrite dans ce travail, c'est l'existence de néoformations membraneuses se continuant directement avec les valvules semi-lunaires. Ces productions ont bien la structure intime des végétations, et sont constituées, comme elles, par de jeunes éléments embryoplastiques, mais avec cette particularité singulière, que la prolifération, au lieu de se faire en surface, porte sur un bord valvulaire, de sorte que la valvule malade, tout en n'augmentant en épaisseur que d'une manière insignifiante, augmente en hauteur dans des proportions énormes, jusqu'à doubler d'étendue.

Je discute, à ce propos, les théories régnantes de l'endocardite ulcéreuse. Tout en attribuant aux détritus de l'endocarde malade les infarctus viscéraux, je conteste le caractère septique, infectieux, attribué par plusieurs auteurs à ces détritus.

Voici mes conclusions : 1° L'endocardite appelée typhoïde est simplement une *forme clinique* de l'endocardite ; elle n'est pas nécessairement liée à l'existence d'ulcérations de la membrane interne du cœur, et, par suite, l'expression d'endocardite typhoïde doit cesser dorénavant d'être considérée comme synonyme d'endocardite ulcéreuse ; 2° la variété anatomique que je nomme endocardite marginale est une de celles qui peuvent donner lieu au type clinique de l'endocardite typhoïde.

54. — *Application de la méthode des bains froids au traitement du rhumatisme cérébral.*

(*Journal de thérapeutique*, 1874, t. I, p. 841.)

Pour la première fois, en France, j'ai introduit dans la thérapeu-

tique du rhumatisme cérébral l'usage méthodique des bains froids, répétés aussi souvent que l'exige l'abaissement définitif de la température, et son retour au chiffre normal.

Depuis plusieurs années déjà, je m'étais occupé de l'action nocive et directe des hautes températures non-seulement dans les maladies fébriles, mais dans les cas où la source de chaleur est extérieure à l'économie. La thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Hestrès, sur *Le coup de chaleur*, est, en grande partie, le résumé des leçons que j'avais professées à la Faculté, sur ce sujet, en 1870, à propos de l'insolation.

Le mémoire que j'analyse repose principalement sur la relation détaillée d'un éclatant succès obtenu par la méthode des bains froids. Il s'agit d'un rhumatisant pris brusquement d'accidents cérébraux, et plongé, au moment où je le vis pour la première fois, dans le coma de l'agonie. A partir du moment précis où les bains froids furent administrés, une modification favorable se produisit, et se continua progressivement jusqu'à la guérison complète, qui fut obtenue au troisième jour. Une courbe thermique, prise heure par heure pendant tout ce temps, permet de suivre parallèlement l'abaissement du chiffre de la température, et le retour graduel à l'état normal; à chaque bain correspond une amélioration appréciable.

A propos de ce fait remarquable, j'étudie la nature du rhumatisme cérébral; j'établis qu'en regard des cas indiscutables dans lesquels l'autopsie révèle l'existence d'une méningo-encéphalite, ou même d'une myélite péri-épendymaire (dont je rapporte un exemple), il existe une majorité de faits dans lesquels l'autopsie est absolument négative, et où l'on est conduit à attribuer la mort à l'élévation excessive de la température. Je discute avec soin les signes à l'aide desquels on peut, dans une certaine mesure, distinguer les uns des autres, au lit des malades, ces deux ordres de faits, et j'affirme l'excellence de la méthode réfrigérante, appliquée aux cas de rhumatisme hyperpyrétique. Je formule les indications de cette méthode, ainsi que les détails de son mode d'emploi.

Depuis la publication de ce travail, deux faits non moins démons-

tratifs, dont j'ai été le témoin, ont été publiés, par mes collègues MM. Blachez et Féréol, et cette question a fait l'objet d'une importante discussion dans le sein de la Société médicale des hôpitaux.

55. — *Essai d'application de la méthode des bains froids au traitement du rhumatisme articulaire fébrile.*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1875, 2ᵉ série, t. XII, p. 114.)

C'est, ainsi que l'indique le titre, d'un *essai* qu'il s'agit ici. Je rapporte l'histoire détaillée d'un cas de rhumatisme articulaire très-aigu, guéri dans l'espace de trois jours, à la suite de huit immersions dans l'eau froide. L'innocuité de ce traitement a été complète.

Je me propose de publier prochainement ce qu'une expérimentation thérapeutique plus étendue m'a appris depuis sur cette question encore neuve et non définitivement jugée, mais qui, dans tous les cas, doit rester totalement distincte de la question du traitement du rhumatisme cérébral.

56.—*Des morts inopinées pendant ou après la thoracentèse, et des convulsions épileptiformes à la suite des injections pleurales.*

(Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 1875, 2ᵉ série, t. XII, p. 96.)

Le titre de ce travail en indique suffisamment l'objet : mettre en garde les praticiens contre des accidents foudroyants qui peuvent survenir dans le cours d'une opération fréquemment pratiquée aujourd'hui.

Je rapporte deux observations de convulsions épileptiformes, survenues à l'occasion d'injections détersives dans la plèvre, et suivies

de mort dans un cas. Je discute les causes de cette complication, je l'attribue à une syncope due à l'ischémie réflexe du bulbe; j'appuie cette explication sur le fait d'une amaurose concomitante, dont l'examen opthalmoscopique a permis de se rendre compte par l'état exsangue du fond de l'œil. J'analyse les conditions mécaniques qui peuvent servir de point de départ à cette ischémie réflexe.

En regard de cette classe de faits, j'établis la possibilité d'accidents urémiques directement provoqués, chez des sujets prédisposés, par la simple opération de la thoracentèse.

Depuis la lecture de mon travail, plusieurs faits analogues aux miens ont été produits à la Société médicale des hôpitaux. Je les ai résumés dans la discussion qui a suivi, en y ajoutant un fait de mort subite, après expectoration albumineuse, dans un cas où la ponction n'avait donné issue qu'à une très-petite quantité de liquide. Ce dernier fait, fort important pour la théorie encore si obscure de l'expectoration albumineuse, a été publié par mon interne, M. P. Oulmont. (*France médicale*, 1875, p. 785).
